

LE DÉLIRE DE QUÉRULENCE

CONTRIBUTION A LA PSYCHIATRIE SOCIALE

THÈSE
PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR
JOSEPH COMBI
DE CRANA (TESSIN)
MÉDECIN DIPLÔMÉ DE LA CONFÉDÉRATION SUISSE

LAUSANNE
IMPRIMERIES RÉUNIES S. A.

1929

LE DÉLIRE DE QUÉRULENCE

CONTRIBUTION A LA PSYCHIATRIE SOCIALE

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH COMBI

DE CRANA (TESSIN)

MÉDECIN DIPLÔMÉ DE LA CONFÉDÉRATION SUISSE

LAUSANNE
IMPRIMERIES RÉUNIES S. A.

1929

La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de M. le Professeur Ch. Ladame, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

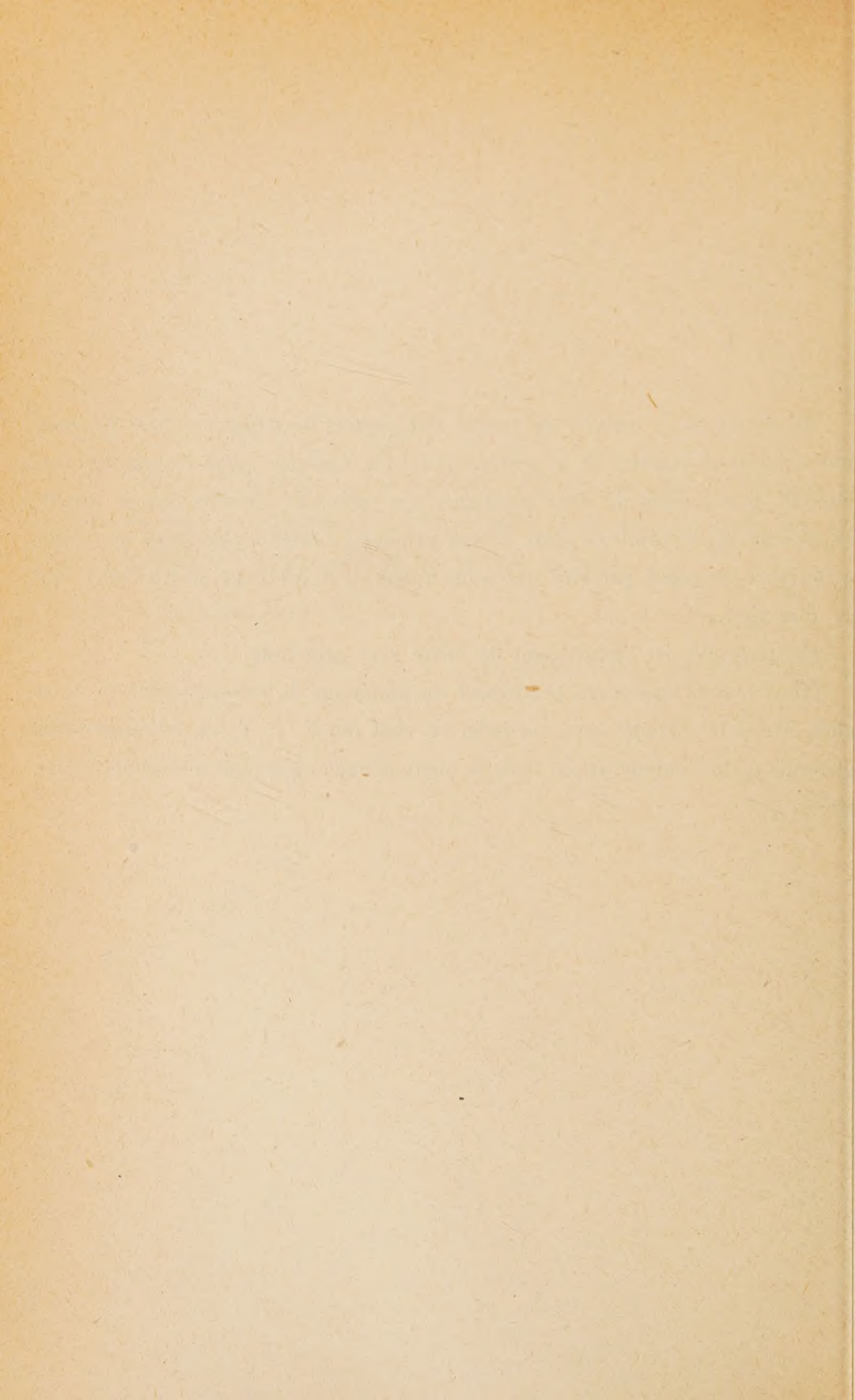
Genève, le 11 mars 1929.

Le Doyen : Dr Prof. M. ROCH.

Au début de ce travail, qu'il nous soit permis de remercier très vivement notre excellent maître, M. le professeur Dr Ch. Ladame, pour l'amabilité avec laquelle il n'a cessé de nous prodiguer ses judicieux conseils que sa grande expérience lui a permis de nous donner et pour l'intérêt bienveillant qu'il nous a toujours témoigné pendant que nous avons eu le privilège de travailler sous sa direction.

Qu'il reçoive ici l'expression de notre vive gratitude.

Nous tenons également à adresser un hommage de reconnaissance à notre chef, M. le Dr Schönholzer, médecin en chef des C. F. F. et Administration générale de la Confédération, pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.



LE DÉLIRE DE QUÉRULENCE

CONTRIBUTION A LA PSYCHIATRIE SOCIALE

I

INTRODUCTION ET NOTIONS GÉNÉRALES

La notion du délire de quérulence prête encore aujourd'hui à controverse de sorte que, si l'on veut s'en faire une idée en parcourant les livres de psychiatrie, l'on ne tarde pas à constater le désaccord entre les auteurs à ce propos et les nombreuses divergences qui les séparent. Il y a divergence non seulement dans l'interprétation, mais même dans la nomenclature. Si un juge qui eut souvent l'occasion de lire des expertises, il y a vingt ans, concernant des quérulents, lisait aujourd'hui un livre, même le plus moderne, de psychiatrie, il serait sûrement étonné de la différence de jugement. Bien des modifications ont été apportées soit par les progrès de la médecine, soit par le changement de classification, soit par un nouveau mode de considérer les choses.

Le fait qui me paraît très important de connaître, tant au point de vue médical que juridique, pour les conséquences qui en résultent dans le jugement et dans les grandes Administrations pour les mesures à prendre, c'est la distinction nette à établir entre la forme pure (généine, des auteurs allemands), de quérulence, susceptible d'amélioration et même de guérison et la forme symptomatique, plus grave, incurable même, qui n'est qu'un épisode au cours d'un trouble mental bien défini.

Depuis plusieurs années, au Service médical des C. F. F. et des Administrations fédérales, je traite avec prédilection les cas de maladies nerveuses et mentales et dans les nombreuses expertises que j'ai eu l'occasion de lire d'aliénistes réputés et dans les cas observés et expertisés par moi-même, j'ai constaté avec évidence l'existence d'un délire de quérulence passager, produit par une excitation quelconque, le sujet étant victime d'une injustice ou d'un tort imaginaire, ou quelquefois effectif, autour duquel se développa tout un ensemble confus d'actes délirants. Assez souvent cette injustice est réelle, mais elle est minime et n'est qu'une des mille injustices de la vie courante ; en tout cas, son importance est toujours disproportionnée avec les réactions du malade.

C'est en me basant sur quelques cas observés et examinés par moi-même et sur l'abondante littérature consacrée à ce sujet que j'admets un délire de quérulence pur qui doit être considéré à part et nettement distingué du délire de quérulence symptomatique.

On a prétendu que le quérulent doit être atteint d'un défaut mental et est un malade d'illusion parce qu'il manque absolument de jugement dans la

portée de ses actions et dans l'évaluation de ce qui est possible. Il est vrai que l'essentiel dans la manière de penser d'un quérulent c'est qu'il se croit dans une situation particulière. Il estime le tort subi tout différemment de celui qu'il peut faire lui-même aux autres. La moindre atteinte à ses droits privés lui semble cent fois plus pénible que l'offense à son honneur. Mais surtout dans la quérulence il faut bien se garder de tirer des conclusions prématurées. L'expérience nous démontre comment on peut être troublé, même égaré par les souffrances et souvent on commet des crimes dans l'excitation dont on se repent profondément, le calme une fois revenu. On sait parfaitement qu'à côté des souffrances momentanées, il y a des états d'excitation qui influencent et dirigent sa pensée et son action dans une certaine direction. L'histoire nous démontre que le fanatisme religieux et politique a conduit aux actions les plus tristes. Si quelqu'un défend à tout prix son point de vue et ses droits, cela ne signifie pas nécessairement qu'il soit malade. Selon HOCHÉ, la vivacité et l'intensité dont un sujet ressent un tort ou une injustice, de même que l'argent et le temps qu'il emploie pour obtenir son droit, diffèrent trop individuellement pour qu'on puisse se baser là-dessus pour décider s'il est sain d'esprit ou malade, quoique la force et l'intensité de la passion doivent naturellement être toujours prises en considération. Le quérulent est comme le jaloux qui exagère et gesticule. Tous les deux détruisent ce qu'ils veulent sauver ; comme le dit V. JHERING, quand même on admet un délire de jalousie, il ne s'ensuit pas que tous les jaloux excités soient délirants. Il est souvent très difficile de décider dans un cas donné de quérulence si on a affaire à un sujet sain ou malade. Les observateurs les plus expérimentés peuvent se tromper et on ne saurait leur faire grief si eux-mêmes, plus tard, reconnaissent qu'ils s'étaient trompés dans leur jugement.

Les auteurs, comme je l'ai déjà énoncé, ne sont pas encore, même à l'heure actuelle, d'accord pour ce qui concerne la notion du délire de quérulence. Nous voyons par exemple dans la « psychiatrie clinique » de SCHÜLE, que le délire de quérulence est rangé parmi les troubles de l'âme. Schüle admet que le délire de quérulence vient non seulement d'une méfiance congénitale, mais qu'il est produit surtout par une sorte de diminution morale ; lorsqu'un sujet subit la première défaite, il se manifeste la première réaction quérulente. Le malade qui se sent lésé dans son droit, qui est troublé d'avoir été mis dans son tort, commence à recourir, il s'adresse à toutes les instances qu'il connaît. Toute défaite ultérieure trouble encore plus sa mentalité et augmente sa résistance. Non seulement il se croit en droit de poursuivre, mais il en sent presque l'obligation. Il croit de son devoir non seulement de combattre pour son droit, mais de découvrir ses ennemis et leurs intrigues. Toute nouvelle humiliation augmente son excitation qui ne se satisfait plus d'une simple attaque contre le jugement reçu, mais qui provoque les mensonges, les diffamations et les calomnies sans frein, ni limites contre tous ceux qui doivent juger son cas. Pour NEISSER, les quérulents sont des dégénérés supérieurs, doués d'une passion très labile, avec une fantaisie augmentée et de la tendance à la fabulation.

HEILBRONNER parle d'une illusion qui ressemble aux accès hystériques et au mensonge pathologique, mais qui se distingue nettement de l'état chronique d'une démence dans le sens de la paranoïa.

SPECHT représente le délire de quérulence comme un cas spécial de la folie maniaque-dépressive. Tout malade atteint de manie, d'après lui, possède dans sa période d'excitation tout ce qu'a le quérulent, savoir la tendance aux chicanes, le besoin d'activité, un sentiment exagéré de ses droits, etc.

SERGEANT-RIBADEAUX-DUMAS-BABONNEIX (dans leur livre de psychiatrie) placent les quérulents, en les appelant : « persécutés processifs », dans les dégénérescences, anomalies du sens moral et du caractère. Leurs tendances malades

et absurdes les poussent rarement aux actes violents, mais ils s'adressent continuellement aux magistrats et aux tribunaux, déposent des plaintes, lancent des assignations et invoquent continuellement le code.

Souvent ces malades ne se contentent pas de réclamer et de protester, ils insultent et frappent leurs prétendus ennemis. Comme ils perdent toujours leur procès, ils s'exaspèrent et prétendent qu'on a recruté de faux témoins et que les juges sont vendus.

RÉGIS a décrit sous le nom de « délire raisonnant de dépossession » une variété qui est une « déviation de l'instinct de propriété » et dans laquelle le malade refuse d'accepter la chose jugée et ne veut pas accepter une condamnation qui l'a dépossédé de tout ou partie de ses biens. Le même auteur a divisé les individus de ce genre en trois groupes :

- 1^o les faux, qui frappent pour attirer l'attention et se faire rendre justice ;
- 2^o les aliénés, qui agissent sous l'influence d'une idée délirante ou d'une impulsion inconstante ;
- 3^o les vrais qui rentrent dans la catégorie des persécuteurs politiques.

Ces malades sont toujours des dégénérés ; ils n'ont jamais d'hallucinations : ce sont des aliénés raisonnants. De bonne heure, ces malades se font remarquer par leur tendance à la discussion et à la persécution ; ils ne sont jamais satisfaits et se considèrent toujours comme des victimes.

HITZIG est d'avis que chez un quérulent il ne s'agit pas d'une sorte de monomanie, d'une idée fixe. La manie de quérulence doit être considérée comme une maladie profondément enracinée, une maladie de toute la personnalité psychique qui, sous l'influence du conflit des intérêts, développe dans la règle toute une série d'idées délirantes ; c'est la condition préalable pathologique pour la conception de nombreuses idées délirantes soit de persécution, soit d'expansivité. Selon Hitzig, par le délire de quérulence, toute la personnalité psychique subit une transformation ; le délire de quérulence est une forme spéciale de la démence chronique ou paranoïa. L'état maladif consiste dans un trouble profond de l'activité de la raison, c'est un état psychique de faiblesse dont la cause doit être recherchée dans une modification anatomique du cerveau. A la suite d'une affection chronique progressive du cerveau, se développent des idées délirantes fixes dans le sens de la persécution et de la grandeur.

LEPPMANN combat le dogme selon lequel tout délire de quérulence est la résultante de la faiblesse mentale et de la démence et compare la quérulence aux actions de forces. La pensée d'un tort subi, reste forcément sur l'avant-scène de la conscience, même chez des personnes tout à fait intelligentes.

WERNICKE, le grand anatomiste du cerveau et clinicien, déclare que l'essentiel dans la formation de la quérulence est toujours lié à un événement spécial, plein d'illusion, ou à une série d'événements avec idées prévalentes, des idées de supériorité qui constituent la difficulté d'harmoniser le nouvel événement avec l'ancien état de conscience. Si l'étendue de la maladie se limite aux premiers éléments psychotiques, la production plus forte de représentations contraires peut même amener et favoriser la guérison ; dans les cas de systématisation trop étendue la guérison n'est plus possible.

Ces objections furent repoussées avec énergie par Hitzig. Selon lui, la guérison est toujours exclue. Il ne s'agit pas de représentations forcées, ni d'illusions limitées, mais d'un état maladif progressant d'après la loi, dont la caractéristique est la formation d'une faiblesse d'esprit. S'il arrive vraiment qu'un quérulent semble n'avoir pas de symptômes de faiblesse d'esprit, ou de troubles de la pensée, on a affaire à un arrêt rudimentaire tout à fait exceptionnel de l'état maladif à un stade peu avancé. De tels cas atypiques ne doivent certainement pas servir pour la classification !

KRAEPELIN, le grand clinicien de la psychiatrie, était assez éloigné du point de vue de Hitzig. Il fut surpris par la formation logique du système de délire de persécution de plusieurs quérulents, par l'absence d'hallucinations, par l'inébranlabilité apparente des prétentions du malade devant toute critique et aussi par l'incurabilité. Un tel tableau clinique correspondait parfaitement à sa conception de la paranoïa chronique. Kraepelin s'efforçait précisément de la distinguer des autres formes paranoïdes parce qu'il croyait pouvoir admettre que le délire de quérulence était un exemple typique. Il s'en tenait aux cas systématisés et appelait tous les autres cas des « Pseudoquérulents ».

Mais Kraepelin n'a pas toujours pu fermer les yeux devant le fait que le délire de quérulence se distingue des autres délires chroniques, surtout parce qu'il est lié régulièrement à un événement de droit agréable, mais très excitable, qui pour cela ressemble aux troubles purement psychogènes, comme les réactions hystériques et les neuroses d'accidents. Il s'efforça de dissoudre tout le groupe de l'ancienne paranoïa et d'enlever les psychoses de défaut paranoïdes qui conduisent à la faiblesse mentale et de les classer dans les idioties, comme les Paraphrénies.

Je ne veux pas faire l'histoire de l'évolution de la notion de la paranoïa ; néanmoins, pour mieux comprendre ce que j'entends démontrer, quelques mots sont nécessaires :

La notion ancienne de la paranoïa, défendue par Hitzig, comprend presque toutes les formes de l'idée fausse, aiguë ou chronique, quel qu'ait été l'issue de la maladie. La caractéristique était la production d'idées de persécution ou de grandeur (le grand délirant interpréteur, le mégalomane persécuté) soit qu'elles apparaissaient systématisées et logiques, soit illogiques et confuses, soit que l'illusion des sens ait eu un rôle, qu'il se soit mêlé un état d'excitation ou de confusion, soit enfin qu'avant tout aient existé des signes d'imbécillité. C'est autour de ce délire de persécution que se groupaient des types secondaires atténués. Il devait toujours s'agir d'une affection du cerveau acquise, avec des modifications anatomiques probables. Selon l'extension et la gravité de ces modifications du cerveau, la faiblesse d'esprit devait apparaître tôt ou tard. La contradiction évidente que l'on voyait dans les cas pratiques entre les rapports scientifiques et l'observation réelle, rendait toujours plus difficile la position du médecin légiste et inquiéta même l'opinion publique. Tous les essais entrepris pour détruire cette confusion, par l'hypothèse des pseudo-quérulents, formes atypiques et rudimentaires, produisirent du mécontentement et ne purent sauver à la longue le schéma rigide existant. La notion de la paranoïa fut enfin mise au point par les travaux de Kahlbaum et de Kraepelin à la suite de conflits scientifiques vigoureux, surtout par un groupement nouveau des entités morbides. Toutefois, la lecture des livres de psychiatrie, même les plus récents, celui de Bumke par exemple, ou celui de Génil-Perrin : « le paranoïaque », prouve bien vite que ces conflits sont loin encore d'être terminés.

BUMKE dit que la question des formes paranoïdes est une des plus difficiles de la psychiatrie clinique et que le progrès actuel est celui de ne plus confondre les tableaux malades les plus différents seulement par la ressemblance superficielle et extérieure des idées de persécution et de grandeur. Tous les processus morbides, qu'ils proviennent de modifications purement anatomiques du cerveau ou aient une base biologique inconnue, qui oblige un cerveau sain auparavant à des productions mentales anormales, n'appartiennent plus aujourd'hui à la paranoïa pure, mais ils naissent d'une prédisposition existant à la naissance déjà.

GÉNIL-PERRIN admet que c'est autour du mégalomane persécuté, qui est incontestablement le chef, que se groupent des types secondaires atténués.

Dans le langage psychiatrique contemporain, c'est à sa maladie que s'applique l'étiquette de paranoïa.

Mais il n'en a pas toujours été ainsi, et cette conception pourrait encore aujourd'hui rencontrer des dissidences, car la méthode de classement des maladies mentales est sujette à des variations avec le temps et le lieu. Si l'adjectif paranoïaque est fréquemment employé en France, le substantif paranoïa l'est moins. On dit couramment : « c'est un paranoïaque » d'un sujet non délirant simple déséquilibré, qui présente des déformations psychopathiques, correspondant à la constitution paranoïaque. D'un aliéné atteint d'un délire d'interprétation avéré, avec des idées de grandeur, on dit en Allemagne et en Italie : il est atteint de paranoïa. En France, on dit : il est atteint de délire d'interprétation. Aujourd'hui, la psychiatrie oppose nettement le persécuté interpréteur aux malades qui font des idées de persécution plus ou moins systématisées au cours d'une démence précoce ou sénile, de l'alcoolisme sub-aigu ou de tout autre état psychopathique. C'est une distinction qui apporte une grande clarté dans la médecine mentale, car le groupe des persécutés interpréteurs a pendant très longtemps été confondu avec d'autres groupes morbides, parce qu'on attachait plus d'importance à la couleur superficielle des délires qu'aux éléments plus solides de classification.

Toutes les formes délirantes confuses, incompréhensibles, dans l'évolution des processus morbides réels sont séparées par principe du cadre de la nouvelle notion de la paranoïa. Elles appartiennent aux différentes psychoses accompagnées de déficience, comme la démence sénile, le ramollissement cérébral syphilitique, l'artériosclérose cérébrale, la démence précoce ou schizophrénie ; d'autres sont groupées pour soi, comme les soi-disant paraphrénies et sont munies d'un point d'interrogation.

Nous connaissons en outre encore des épisodes de formations délirantes dans les psychoses aiguës, comme les attaques périodiques de la folie maniaque-dépressive, dans les intoxications (alcoolisme, cocaïnisme), dans l'épilepsie.

Après tous ces changements dans la notion de la paranoïa, la question nous intéresse directement de savoir où l'on doit classer le délire de querulence.

BOHOEFFER, LIEFERT, BIRNBAUM, RÜDIN, WILMANNs prirent méthodiquement comme terme de comparaison avec les habitants des Asiles d'aliénés, le matériel très important des établissements de correction et des pénitenciers.

MENDEL prit aussi en considération les formes querulentes des neuroses d'accidents. La sinistrose décrite par BRISSAUD n'est qu'une forme de délire de querulence qui se développe chez les ouvriers à l'occasion d'un accident du travail. Tantôt ils croient avoir droit à une indemnité, malgré la guérison totale de leurs blessures, tantôt ils estiment insuffisante l'indemnité octroyée pour leur incapacité professionnelle.

DIDE a réuni sous le titre : « d'idéalistes passionnés » une catégorie de querulents altruistes, mystiques, politiques, communistes, caractérisés « par l'exagération de la vie affective et la systématisation des résultats de son activité » ; les fanatiques élaborent un système de réforme sociale, religieuse ou politique, dont ils restent le centre. Ces individus tirent de la passion qui les domine d'inépuisables ressources pour la propagation de leur doctrine. On observe les formes de transition les plus différentes entre les cas légers susceptibles de guérison et les cas plus graves, inguérissables. Tout ce qui en bloc avait été considéré comme un état morbide progressif et indépendant, il ne s'est traduit qu'une simple réaction psychopathique. Toutes ces formes passionnelles, décrites par DIDE, LEPPMANN et WERNICKE, et les formes plus réactives basées sur une prédisposition congénitale (Schüle-Neisser) se montrèrent semblables aux anciennes psychoses des processifs purs admises par HITZIG et KRAEPELIN. Il apparaissait drôle que les formes rencontrées dans la

vie libre étaient cliniquement analogues à celles qu'on observait dans les établissements de punition et cela jusqu'à ce que RÜDIX eût démontré que même dans les prisons, chez les condamnés à vie, on constatait la même évolution défavorable, parce que les faits extérieurs excitants restaient également actifs.

La prédisposition mentale et la forme des événements ont été reconnues comme facteurs importants dans la production de tableaux délirants systématisés. La constitution paranoïaque a une grande importance. SANDER insistait sur l'origine constitutionnelle des formes paranoïaques. KRAFFT-EBING écrivait : « On s'aperçoit toujours que la nature intime et tout le développement du caractère des candidats à la paranoïa sont anormaux ».

Ce sont les Italiens MORSELLI et BUCCOLA, AMADEI et TONNINI, TANZI et RIVA, qui insistèrent sur le caractère dégénératif de la paranoïa et le présentèrent comme une maladie constitutionnelle à fond dégénératif et montrèrent qu'il existait des paranoïa sans délire. Ce n'est plus le délire systématisé qui caractérise essentiellement la paranoïa, mais bien une constitution psychique spéciale, qui imprime au caractère une note d'anormalité et de bizarrerie. En attendant que le délire se manifeste après avoir vécu une vie latente : « on naît paranoïaque, on ne le devient pas ».

Plus est grande l'importance étiologique du milieu et des événements dans une production délirante, plus on peut espérer une amélioration et une guérison par un changement des conditions extérieures. Pour GAUPP, qui a eu le grand mérite d'avoir exposé les relations de la personnalité prépsychotique de la maladie délirante, paranoïa et délire de querulence ne sont plus comme pour Hitzig des procès maladifs qui surprennent un homme préalablement sain. C'est du reste l'opinion généralement admise aujourd'hui.

LIEFERT supposait dans la querulence une diminution paranoïde *ab origine* et KRETSCHMER l'appelle : « nature de combat », qui par son inaptitude à se conformer aux contrariétés de la vie, réagit par la maladie. La même personnalité anormale préfère souvent des formes de combat et souvent des formes de fuites.

HEILBRONNER et WILMANNS et d'autres ont exprès signalé les relations intimes entre le délire de querulence et l'hystérie. Mais la tendance de mêler certains états de querulence avec les maladies mentales les plus diverses est toujours vivace.

La prétention de SPECHT d'admettre que la folie maniaque-dépressive peut occasionner le délire de querulence, est tout aussi inattaquable que l'observation des auteurs de l'école de Hitzig qui affirment que plusieurs malades atteints d'illusion de querulence peuvent en fin de compte subir une déficience psychique. On peut dire qu'il n'y a pas de troubles mentaux qui, à l'occasion, ne se traduisent pas par un symptôme querulent. Le délire de querulence est pour le médecin et le juriste quelque chose d'autre qu'un mot vide, c'est une notion essentielle. Ce délire de querulence n'est-il qu'un épisode au cours d'une maladie mentale ou bien est-il le fait principal, le symptôme essentiel ?

Le symptôme de querulence peut se présenter d'une façon plus ou moins marquée dans les paraphrénies, les psychoses, la démence précoce, l'épilepsie, l'artériosclérose cérébrale, le ramollissement cérébral, la démence sénile et la folie maniaque-dépressive. Dans ces cas, l'on ne peut parler que d'un *délire de querulence symptomatique* ; il se distingue très nettement du délire de querulence pur. Lorsque le délire de querulence apparaît, dans la symptomatologie d'un cas il y a toujours un état morbide bien déterminé. La tendance à la querulence évolue avec le progrès de la psychose. Par contre il y a un délire de querulence pur si la seule prédisposition existait auparavant et non pas une maladie mentale. Seulement à la suite de la production d'une excitation sur cette prédisposition il s'établit une querulence délirante.

Ceux-là seuls qui ont une prédisposition spéciale courent le danger de

voir apparaître le symptôme de querulence à la suite d'une question quelconque de droit non satisfaite.

Le délire de querulence bien qu'établi sur une prédisposition existante, pour se produire, comme pour progresser, nécessite des influences puissantes et répétées du monde extérieur. Le combat avec le monde extérieur est la *conditio sine qua non* de son existence ; c'est ce conflit qui l'entretient ; cesse-t-il, la querulence disparaît aussi et il y a guérison. Cette possibilité de guérison loin d'être une simple déduction théorique, correspond à l'expérience pratique, comme je vais le démontrer.

C'est sûrement un grand progrès pour le traitement de toutes les questions cliniques psychiatriques que la psychiatrie moderne a commencé à étudier, dans la vie courante, les troubles psychiques les plus légers et à prendre en considération, pour la formation des maladies possibles, les soi-disant psychopathies ou états de défectuosité psychique. Les psychiatres, aujourd'hui, observent non seulement les pensionnaires des asiles, libérés de leur famille et de leur profession, mais ils observent et étudient aussi les cas limites, les désordres psychiques initiaux qui se rencontrent dans la famille, à l'école, dans les administrations, etc. Nous voyons de nos jours, à côté des Asiles, qui du reste ouvrent largement leurs portes, les Policliniques universitaires pour maladies nerveuses et mentales, les dispensaires pour nerveux, la Ligue d'hygiène mentale de France, la prophylaxie mentale, les sociétés de patronage, qui remplissent le rôle de dispensaire de la prophylaxie mentale, de telle sorte que l'on peut vraiment affirmer que la psychiatrie moderne devient de mieux en mieux la psychiatrie sociale.

En Amérique, il y a un Comité national américain pour l'hygiène mentale. En Angleterre, il y a une loi spéciale concernant les aliénés, l'assistance et la protection des individus atteints de défectuosités mentales. A Londres, il y a des laboratoires d'anatomie pathologique universellement connus, où tous les cerveaux sont examinés.

La psychopathie présente sûrement un grand danger social et notre civilisation ne permet pas d'entrevoir une atténuation spontanée de ce danger.

La vie moderne offre des conditions défavorables à la diffusion des épidémies ; l'hygiène apporte la pureté de l'eau et la salubrité du logement ; l'homme est moins exposé à la tuberculose et à la fièvre typhoïde qu'autrefois. Au contraire, aujourd'hui, tout conspire contre la santé mentale : on travaille dans la hâte, dans le bruit ; l'homme d'affaires, l'employé de bureau pensent et calculent dans le bourdonnement du public et dans les appels du téléphone. L'émotion de la spéculation, le développement des carrières scientifiques, nécessitent des connaissances que l'on ne peut pas obtenir sans un surmenage intense. Toutes les nouvelles difficultés d'existence exigent une dure épreuve de nos facultés intellectuelles. L'organisme mental devient de plus en plus fragile et il se forme des troubles psychopathiques. Pour lutter contre ce péril mental qui grandit, il faut appliquer les méthodes les plus modernes de l'hygiène sociale, il faut de la prophylaxie mentale. Tous les troubles psychopathiques ne doivent plus être considérés comme un mal incurable. Comme le cancer qui a déjà envahi les ganglions éloignés et la tuberculose, qui a déjà formé des vastes cavernes, les troubles chroniques sont incurables ; mais les troubles aigus peuvent être parfaitement curables. L'essentiel est de savoir dépister les états de prédisposition. A la psychopathie on oppose les mêmes remèdes préventifs qu'à la tuberculose : le traitement précoce.

Tout peut devenir cause de troubles mentaux : l'hérédité, l'intoxication, les infections, les accidents, le surmenage, etc. L'hygiène sociale prépare l'œuvre de prophylaxie mentale en soustrayant l'homme aux dangers qui menacent sa santé physique et intellectuelle.

En France, le Conseil général de la Seine, répondant à l'appel de la Ligue d'hygiène, a créé le *Service de prophylaxie mentale* qui fut ouvert en juin 1922 et qui repose sur quatre moyens :

1. le dispensaire ;
2. le service d'hospitalisation ;
3. le service social (liaison entre le dispensaire et le milieu familial des malades).
4. les laboratoires, qui contrôlent le diagnostic clinique et facilitent l'application et le contrôle de certains traitements.

L'assistance et la prophylaxie mentale préparent la société de l'avenir, une société plus saine, des générations plus heureuses et plus productives.

Ne voyons-nous pas des psychopathes qui aujourd'hui manifestent de véritables troubles mentaux, des bouffées délirantes, une poussée aiguë et demain il n'y aura plus trace quelconque de ces troubles ? Il y a des états pathologiques transitoires qui naissent et disparaissent avec la plus grande facilité (les épileptiques). Nombreux sont les cas de démence précoce qui, bénéficiant de la sortie à temps, quoique prématurée, telle qu'elle est de plus en plus tentée par le médecin d'asile, jouissent de rémissions souvent telles qu'on peut considérer ces malades comme pratiquement, socialement guéris, comme nous disons actuellement (voir cartes de statistiques des asiles).

De même aussi il y a des cas de quérulence ou délire de quérulence qui se modifient facilement, si on sait les reconnaître à temps et placer ces personnes dans les conditions nécessaires à une évolution favorable de leurs troubles psychiques.

Nous voulons dans le chapitre suivant exposer quelques cas de notre pratique, qui viennent à l'appui de nos dires.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Observation N° 1 G. J., 1885, commis. Provient d'une famille qui paraît avoir été saine. Père mort à l'âge de 70 ans à l'Hôpital de B. de congestion cérébrale probable ; il était fort et robuste, mais homme d'affaires, plutôt adonné à l'alcool. Mère morte d'hydropisie à l'âge de 68 ans. Trois frères et deux sœurs bien portants. Sa femme est en bonne santé et de ses cinq fils, deux seulement sont vivants, âgés de 11 et 13 ans, sains, les autres sont décédés peu après la naissance de faiblesse générale et un de diphtérie, à dix ans. G. n'a pas eu de maladies d'enfance ; il a toujours été très robuste dès sa jeunesse. Déjà dès lors très excitable, capricieux, par moments jovial, à d'autres moments triste et taciturne. A l'école, pour la résistance physique et la gymnastique, il a toujours été un des premiers. Ayant quitté les classes, il a dû trouver une occupation ; il changea très souvent de travail jusqu'à ce qu'il entra dans les C. F. F. Pendant, méfiant et prétentieux, veut toujours avoir raison. Il s'accorde difficilement avec sa femme et ses camarades. Dès qu'il est contrarié, il a des crises de pleurs et de gesticulations. Ayant la parole facile, il a su s'acquérir de l'estime et du prestige dans la société. Partout, il voulait être maître de la situation et avoir le mot décisif. A plusieurs reprises, il a fait des procès, toujours avec succès qu'il attribue à sa capacité de savoir écrire et à sa connaissance des lois en vigueur. Au service des C. F. F., a eu souvent des querelles avec ses camarades ; on lui fait tort, on conspire contre lui. Il se croyait obligé d'en informer ses supérieurs, d'où se formaient des conflits.

Récemment, il eut occasion d'acheter une maison, mais un autre employé était déjà en pourparlers d'achat ; ayant signé le contrat le premier, la maison fut à lui. Il y eut querelles, conflits et procès avec le camarade. Celui-ci qui était en relation avec sa belle-mère intéressa cette dernière à ce propos et celle-ci intéressa le pasteur, qui s'adressa au chef de gare et à la Direction. Il y eut des conflits sans fin. G. se vit obligé de combattre avec tout le monde, de faire des procès à tous ; ce fut une véritable guerre qui lui enleva tout repos. Pour pouvoir mieux le détruire ses adversaires l'ont déclaré un sôulon invétéré. Lui, G., prétend n'avoir jamais fait des excès de boisson ; il ne boit que son verre en faisant le jass habituel. Il ne veut être ni pensionné, ni licencié et si jamais on lui donnait tort, il ne manquerait pas de faire entendre sa voix, même au Tribunal fédéral.

Status : Homme de grande taille, bien musclé à l'exception du bras gauche où l'on constate une atrophie musculaire évidente. Squelette régulier, bon état de nutrition, tenue droite, marche normale. Pupilles égales, réagissant à la lumière et à l'accommodation. Tremblement fibrillaire des doigts et de la langue ; tremblement des paupières ; réflexes tendineux-patellaires vifs bilatéralement ; pas de Babinski, pas de clonus du pied ; réflexes abdominaux et crémasteriens normaux ; Romberg négatif, pas de troubles trophiques ; sensibilité superficielle et profonde non altérée. Organes internes sains. G. apparaît courtois et correct. A peine entré dans la salle d'examen, il sort un pli bourré de papiers et après m'avoir salué, il commence à parler sans plus vouloir en finir, s'élançant et gesticulant ; je l'interrompais souvent, mais il n'en continuait pas moins son argumentation particulière. Le mode de conception des idées est juste ; l'attention est bonne. Il a une mémoire fantastique pour certaines dates et pour petits incidents de sa vie de famille. Il est hésitant, incertain dans la combinaison des événements entre eux, il passe de l'un à l'autre sans s'en rendre compte ; tout ce qui lui paraît mauvais, il le tourne en sa faveur. La manière de raconter les faits change aussi à chaque instant ; il est clair et vif, mais hypomaniaque. A certains moments, même pendant l'examen, il est abattu, a une quantité de troubles hystériques, des crampes et il me dit avoir peur de mourir d'une attaque. Un moment plus tard, il est pessimiste pour tout ce qui concerne sa vie et il me dit de ne plus rien vouloir entendre de procès et de conflits. Bientôt après il se plaint de sa femme, qui ne le comprend pas, puis il dit avoir besoin de repos et d'une cure. C'est possible qu'il puisse se tromper en jugeant sa femme et sa belle-mère et ses camarades et s'il considère tout il pourrait très bien « laisser couler l'eau dans sa rivière ». Les soupçons contre sa femme et ses camarades, il les admet comme des simples hypothèses, dont la valeur devrait encore être confirmée par des témoins.

Dans la longue conversation que j'ai eue avec lui, G. a toujours eu la même opinion, c'est-à-dire qu'il est mal jugé par ses supérieurs, ses camarades et sa femme ; il est persuadé qu'il

doit y avoir un motif spécial parce qu'on ne veut absolument pas reconnaître qu'il a raison. Si pourtant on le voulait, il serait le plus tranquille des hommes. Le fond de tout l'oppositional qu'il rencontre c'est son opinion politique et c'est de là que provient l'aversion contre lui.

En G. je n'ai pas pu reconnaître un délire progressif et personne n'a jamais pensé qu'il soit atteint d'un trouble mental quelconque.

Observation N° 2. M. A., 1872, aiguilleur. Père colérique et excitable fut atteint de faiblesse d'esprit les dernières années de sa vie et interné à l'asile de M. où il est mort, âgé de 72 ans. Le père était un grand buveur. Mère morte à 63 ans d'apoplexie. Un frère et une sœur sont vivants, bien portants ; une sœur est morte de la grippe à 50 ans. M. est marié, a deux enfants en bonne santé. Dans l'enfance, rougeole, pas d'autres maladies. Apté au service militaire, école de recrues et cours obligatoires sans inconvénients. Il a toujours été un des premiers pour la résistance physique. Il a suivi toutes les classes sans doubler ; apprenait bien, mais il n'avait pas grande persévérance. Après l'école, il a voyagé pour apprendre les langues ; il fut toujours très fier de ses capacités, nature méfiante et inclinée à croire qu'on préférerait les autres. Pour cette raison, il a changé très souvent de place et malgré sa bonne volonté et son application, il n'est pas arrivé à se procurer une position convenable. A la mort de son père, sachant que celui-ci avait une assurance sur la vie, il ne tarda pas à faire valoir ses droits, voulant aussi en bénéficier pour pouvoir fonder un commerce, pour être libéré de l'obligation de travailler sous les ordres des autres. Bientôt il apprit que son père, qui était devenu malade d'esprit, avait vendu la police d'assurance et que personne ne voulait rien savoir où avait passé l'argent que le père reçut de la vente. M. fut pris d'une colère formidable et menaça sa sœur qui n'a pas fait attention et ne l'a pas informé ; il menaça aussi l'assurance qui avait accepté l'offre d'un faible d'esprit ; c'était une trahison pour la famille, il ne pouvait pas faire autrement que d'entrer en procès avec l'assurance, ce qu'il fit, en effet. Il se mit en relation avec tous ceux qu'il connaissait et qui avaient quelque autorité ; il a écrit à tout le monde et intéressa tout le monde à propos de ce qu'il appelait sa vengeance. Il n'a naturellement pas eu gain de cause et n'eut que des dépenses, mais M. a la persuasion d'avoir subi une injustice et cette pensée ne le quitte plus. Il conserva sa manière de queruler et celle-ci se manifestait à tout moment, même au service, soit avec ses camarades, soit avec ses supérieurs. Quelque temps plus tard, il chargea un avocat de réexaminer toute la question avec l'assurance ; l'avocat après avoir étudié l'affaire n'ayant pas voulu s'en charger, prévoyant que c'était du travail inutile, devint l'objet de querulence. M. se prit de querelle avec lui. Il écrivit à l'avocat plusieurs lettres en lui disant qu'il ne faisait pas son devoir, qu'il n'était pas capable de défendre un client, qu'il ferait mieux de faire autre chose que de se nommer avocat, profession qu'il était incapable d'exercer. L'avocat porta plainte contre lui et M. a dû retirer tout ce qu'il avait écrit, devant des témoins. A propos de cette injustice subie, il écrivit des lettres au syndic du village et au curé.

Dans le service, M. eut souvent des litiges avec ses camarades ; le dernier ainsi motivé ; il prétendait qu'un matin un camarade n'avait pas répondu à son salut et il porta plainte pour cela à son chef ; n'ayant pas eu satisfaction, il écrivit des lettres chargées soit à son chef, soit au camarade et même au président du Tribunal. Seulement ce dernier eut l'amabilité de lui répondre en lui conseillant le calme et en lui disant que pour si peu de chose il ne valait pas la peine de s'inquiéter.

Status : M. est un homme de petite taille, de poids moyen, d'un aspect général pas très bon. Squelette régulier, musculature molle et sans résistance ; tissu adipeux abondant. Visage rouge ; *foetor alcohol ex ore*. Il a un fort tremblement des mains, qui augmente par le mouvement. Pupilles rondes, réagissant à la lumière et à l'accommodation ; fort tremblement des paupières. Réflexes patellaires affaiblis des deux côtés ; Babinsky, Romberg et clonus du pied négatifs. Pas de dermatographie ; tremblement fibrillaire des joues. Organes internes : emphysème pulmonaire, légère hypertrophie du cœur avec action cardiaque labile ; aux extrémités : paralysie du nerf péronier droit. Du point de vue psychique, M. est orienté dans le temps, mais il ne se rappelle pas de toutes les circonstances de sa vie ; il répond très bien à toutes mes questions, mais très lentement et réfléchit longtemps avant de répondre. Lorsqu'on parle de conflits, il s'énerve et s'excite et continue à parler sans interruption. De ses conflits, il a bonne mémoire et se rappelle exactement de toutes les dates. Il se plaint d'être tenu pour un homme ordinaire, lui qui voudrait tant vivre en paix avec tout le monde. « S'il est obligé d'attaquer quelqu'un, il le fait seulement parce qu'il est attaqué lui-même sans motifs.

Par ses supérieurs et ses camarades, il est qualifié comme un mauvais type ; mais il a la persuasion qu'un homme comme lui a le droit et l'obligation d'écrire ce qui est vrai et de se défendre. Si parfois dans la forme il va trop loin, ça serait aux supérieurs de le mettre tout simplement au point ; si dès le début ses camarades et supérieurs lui avaient fait les remarques nécessaires, ils n'auraient pas eu autant d'histoires avec lui. Lui n'a jamais rien écrit qu'il ne pouvait prouver. Il a perdu toute confiance dans la justice, parce qu'on a toujours voulu entendre seulement ses adversaires ; ce que ses adversaires affirment c'est de l'évangile, ce que lui prétend, ce n'est rien. C'est incompréhensible ; il faut vraiment qu'il y ait là quelque chose. Entre ses adversaires, avocats, juges, supérieurs et camarades, il y a sûrement des relations secrètes, tous contre lui ; on veut l'empêcher de prouver l'injustice dont il a été

victime, on voudrait le voir enterré. Lui qui est seul, doit faire front à tout le monde. » En causant très amicalement avec M., j'ai réussi à calmer son affect. Il comprit petit à petit que somme toute, il avait peu de chance de réussite et s'il continuait de ce pas, il finirait par ruiner sa situation. Il est naturellement persuadé qu'il a raison. Malgré son délire systématique, j'ai compris qu'il désirait sortir des conflits et des procès qu'il avait encore dans l'idée.

Observation N° 3 : M. S., 1891, nettoyeur de locomotives. Père mort par pendaison, à l'âge de 47 ans ; la cause réelle de cette fin tragique n'a pas été connue ; M. l'attribue à de fortes pertes d'argent causées par un de ses frères qui a fui en Amérique. Deux frères du père sont encore vivants et en bonne santé, âgé de 78 et 58 ans. Mère décédée à 56 ans après un mois de maladie à M. inconnue. Deux sœurs de la mère sont vivantes et bien portantes. Soit dans la famille du père, soit dans celle de la mère, il n'y a pas eu de maladies mentales ni nerveuses. M. eut deux sœurs et deux frères ; les sœurs sont mortes de The pulmonaire, les deux frères sont vivants, en bonne santé. Pas de maladies d'enfance ; à 19 ans, visite sanitaire. Déclaré apte au service militaire, M. a fait l'école de recrues et tout le service de mobilisation dans l'infanterie, pas de maladies graves ; en 1918, grippe très légère.

M. a toujours été excitable et d'éducation difficile. Comme enfant, il a été puni à plusieurs reprises pour des vols. Ses parents, désirant le vouer aux études, lui ont fait fréquenter quelques années le Gymnase, mais il ne réussit pas. Déjà très tôt, tendance à boire et à fumer. Au service militaire, il entra en conflits avec ses camarades ; il fut puni pour ivresse et depuis sa punition il commença à se plaindre de tremblements des jambes, gêne précordiale et insomnie. Le médecin militaire ne lui ayant rien trouvé d'objectif, ne l'a pas admis à l'infirmerie. A ce propos, il écrivit des lettres à ses supérieurs, à ces amis, au syndic du village, lettres dans lesquelles il disait son mécontentement et se plaignait qu'on ne voulait pas le croire. Ce fut, paraît-il, une querulence continue pendant toute l'école de recrues. Marié depuis quelques années, il prétend se bien entendre avec sa femme et n'avoir de querelle que parce que son beau-frère ne se mêlait pas de leurs affaires. Ce dernier le dénomme un buveur et voudrait l'éloigner dans un établissement. Mais M. le conteste, il boit son verre, sans jamais avoir abusé. N'ayant pas pu payer le loyer pendant quelques mois, le propriétaire, qui était d'accord et influencé par son beau-frère, l'a chassé de la maison en prétendant qu'il rentrerait toujours seul le soir et dérangeait les locataires. C'est alors que M. s'adressa à la commune pour réclamer une habitation convenable. La commune lui ayant répondu négativement en lui disant que c'était son affaire de se chercher un appartement, il s'irrita, menaça tout le monde et surtout menaça d'un procès le propriétaire de la maison. « Ce n'est pas par sa faute, s'il n'a pas pu payer le loyer ; pour quelques mois, ce n'est pas la mort d'un homme ; qu'on attende tout simplement et il saura faire son devoir ».

Aussitôt rentré dans la salle d'examen où M. m'attendait depuis quelques instants, il commença à causer avec excitation, quelque fois en criant, que son beau-frère c'est la ruine de sa famille. Lui, c'est un homme qui a besoin de ménagement et soit le service, soit la commune ont l'obligation de lui trouver une habitation convenable, autrement il se voit forcé d'entrer en litige avec eux. Je lui dis : Mais pourquoi ne savez-vous pas vous comporter convenablement ; vous buvez avec excès, vous faites du tapage nocturne et c'est bien compréhensible que votre femme et votre beau-frère aient porté plainte contre vous et désirent vous éloigner. Il me répondit aussitôt que tout cela n'était que de la tromperie ; il sait très bien se comporter comme tous les autres, si l'on veut vraiment le considérer comme tel, ça lui est égal de quitter les C. F. F. ; il saura bien se trouver une autre occupation. C'est son beau-frère qui est coupable de sa misère ; c'est par ses intrigues qu'on ne veut pas lui donner un logement convenable.

Cette idée l'occupe pendant toute la première partie de l'examen. Après avoir entendu toutes mes raisons, il finit par comprendre que lui-même pourrait bien aussi être la cause de sa situation actuelle. Il reconnait qu'il s'adonne quelquefois à la boisson plus que nécessaire et que souvent, c'est bien le vin qui le fait parler. Il m'a déclaré avoir toujours été nerveux, mais que son excitation actuelle n'est que le résultat des contrariétés créées par son beau-frère à propos du logement.

Status : Homme de taille et de poids moyens, d'aspect sain et robuste. Squelette régulier, musculature forte, tissu adipeux moyen. Couleur du visage rouge, les yeux larmoyants. Tête mobile ; pression sur les nerfs crâniens non douloureuse ; organes des sens normaux. Pupilles rondes, réagissant promptement à la lumière et à l'accommodation. Il y a un léger tremblement des paupières. Organes internes sains. Réflexes patellaires vifs des deux côtés ; autres réflexes normaux. Pas de Babinski. Romberg négatif. Légère trépidation épileptoïde ; tremblement accentué des doigts. Sensibilité superficielle et profonde non altérée.

Après l'avoir examiné, je lui est communiqué qu'il n'y avait rien de grave ; M. s'est laissé persuader qu'il n'était pas inapte au travail et que si l'on proposait une cure ce n'était que pour prévenir des troubles organiques et surtout pour renforcer sa volonté. Il me répondit qu'il était prêt à reprendre son travail, à la condition d'avoir avant tout une habitation convenable, avec le mobilier nécessaire ; si c'était le cas, il éviterait toute boisson, il en donnait sa parole d'honneur. A ma proposition de faire avant tout une cure, ensuite de reprendre son travail avec une habitation convenable, il me répond : « Avant, je veux un logement, autrement ce sont des mots inutiles, je ne reculerais pas devant mon droit ; si ça ne va pas

autrement, je m'adresserai au Tribunal. Je préfère mourir que de me laisser faire tout ce que les autres veulent. Je ne dis que la vérité et je n'écris que ce qui est vrai, ce que je pense : le fait de m'avoir privé de mon habitation, c'est la cause de mon excitation actuelle et de mon esprit égaré. Je veux et je peux travailler, mais non pas par force et surtout sans avoir obtenu mes droits. Je ne veux que mes droits. Si quelqu'un prétend son droit, on a habituellement la manie de le traiter comme un fou. Si on veut m'obliger à une cure, je saurais me défendre ; il y a assez de grosses nues, derrière moi qui me soutiennent. Je suis excité, énervé, mais non pas fou ; je suis un peu malade des nerfs. Je parvins à le persuader qu'on lui procurerait un logement convenable et lui, de son côté, m'assura que si tel était le cas, il se soumettrait à la cure. M. eut un autre logement : sa confiance augmenta rapidement ; il fit sa cure et actuellement, il travaille comme les autres et est abstiné. Il est naturellement difficile de dire combien de temps cela ira.

Observation N° 4 : B. L., 1891. Monteur. Parents vivants ; père est âgé de 70 ans et mère de 68 ans, bien portants. Dans la famille du père comme dans celle de la mère pas de maladies graves, de maladie mentale ou nerveuse ; deux sœurs vivantes, saines, une décédée à 35 ans de grippe. Marié, trois enfants, en bonne santé ; maladies d'enfance : coqueluche et rougeole. Apté au service militaire, a fait 790 jours sans avoir été à l'infirmerie. Comme enfant, fort et robuste, il n'a pas eu de maladies dans sa vie, excepté la grippe en 1918. Eut dès lors des troubles gastro-intestinaux à plusieurs reprises. Pendant un temps il croyait avoir un ulcère d'estomac. Il consulta plusieurs médecins à ce propos. Se croyant atteint de tuberculose, il ennuya pendant plus d'une année le service, les sanatoriums et les autorités cantonales. Convaincu d'être tuberculeux, il quitta le service et il n'y avait plus moyen de le persuader à le reprendre.

Il voulait absolument se faire traiter dans un sanatorium, malgré que les médecins ne trouvaient absolument rien de positif. Il fut pris de colère contre les médecins et écrivit des lettres de menace, soit à ses parents, soit à la police, soit aux autorités et même au Service. Il nous écrivit : « Vous avez le devoir de retirer les personnes malades qui constituent un danger pour les autres ». Tout le monde essaya, mais en vain, de le persuader qu'il n'en était rien. Il écrivit par exemple à son beau-frère : « Dites au Dr C. que si je porte des bacilles au travail et je serais la cause de la contagion, il en sera responsable ; quel est le devoir du service médical sinon celui de protéger les employés contre l'infection ? ». Il y a quelques années, il a consulté plusieurs médecins, qui, à sa demande, lui ont laissé prévoir la possibilité d'une tuberculose commençante ; actuellement, il a la persuasion d'être infecté. On l'a fait examiner à maintes reprises et chaque fois on posait le diagnostic de : tuberculophobie. Ce diagnostic le mettait encore plus en colère ; il écrivait partout pour en obtenir raison, même au Département de l'hygiène publique : « il ne voulait plus attendre jusqu'à ce que sa tuberculose devienne active ». Il accusa les médecins d'ignorants, il prétendait avoir vu plusieurs fois du sang dans ses crachats, il écrivait encore à son beau-frère, menaçait les médecins de procès, en écrivant entre autre : « les médecins feraient bien mieux d'aider ces pauvres gens que de formuler des diagnostics si faux » ; il n'est pas fou, il sait très bien ce qu'il fait et ce qu'il veut, sa santé avant tout, et une « cure sanatoriale ». Son beau-frère m'a prié de l'appeler à Berne pour qu'il subisse un examen par nous : qu'on pourrait peut-être le persuader de reprendre son travail.

Status : Homme de taille moyenne, 165 cm. et de poids moyen, 58 kg. ; état général médiocre, plutôt amaigri, pâle. Squelette régulier, musculature assez résistante. La température du corps est normale ; la peau est sèche ; il n'y a ni œdèmes, ni exanthèmes. Organes des sens normaux. Pupilles rondes, réagissant à la lumière et à l'accommodation. Organes internes sans altérations pathologiques. Réflexes patellaires vifs des deux côtés. Romberg, Babinski et dermatographie négatifs. Motilité et sensibilité superficielle et profonde normales. Tremblement des doigts et de la langue.

B. est persuadé d'avoir une tuberculose, sa conviction se base sur son manque d'appétit, son expectoration jaunâtre et la sudation à laquelle il est sujet ; il se sent faible et ne peut pas travailler. Tout ce qu'il ressent lui-même vaut bien plus que tous les examens et toutes les déclarations médicales. Il a toujours été faible, peureux, excitable. Souvent, il tremble et il a des troubles gastriques. Il est urgent qu'il se rende dans un sanatorium, c'est maintenant le temps. C'est bien terrible d'avoir une maladie si grave étant encore si jeune. Il me raconte lentement ses misères ; il est plutôt peureux et on voit qu'il est dominé par un sentiment d'hypocondrie. J'ai tout essayé pour le persuader, mais il revient toujours à son idée : on veut seulement épargner sur son dos. L'examen dura plus de deux heures et enfin il se laissa persuader et m'a promis de reprendre sans autre son service ; c'est bien possible, il m'a dit, qu'il soit trop pessimiste ; il tâchera de ne plus y penser. Dans le cas de B. il n'y a absolument pas de symptôme qui fasse penser à une psychose, comme on aurait pu le croire, dès l'abord et l'évolution ultérieure le démontra ; il a repris en effet son travail, et il ne l'a plus interrompu.

Son beau-frère, que j'ai eu l'occasion de voir souvent, m'a assuré que B. est tranquille et semblait bien persuadé de ce que je lui avais dit.

Observation N° 5 : A. G., 1874, ingénieur. Père mort à 50 ans d'une attaque apoplectique ; a toujours été un homme très nerveux. Mère morte à 68 ans de faiblesse générale

à la suite d'une maladie de cœur. De ses six sœurs, deux seulement sont nerveuses. Pas de maladie nerveuse ni mentale dans les antécédents. Maladies d'enfance habituelles. Apte au service militaire : école de recrues et cours obligatoires sans inconvénients ; fut réformé ensuite à cause de bourdonnements d'oreille. A. a travaillé sept ans au tunnel du Simplon ; il fut en Autriche, en Italie, en Espagne. Depuis 1917 au service des C. F. F. Pas de maladies graves dans sa vie ; grippe en 1918 et après nervosité et affaiblissement général, palpitations de cœur. Maladie actuelle : rhumatisme aux épaules et très forte nervosité. Déjà dès son enfance nerveux et excitable, méfiant et pour la moindre des choses enclin au chagrin.

Il a toujours été très soucieux de sa santé. Il n'a jamais été un buveur, au contraire, toujours très modéré à cause d'intolérance pour l'alcool. Étant de nature très excitable, il entre souvent en conflits avec ses supérieurs et ses subordonnés. Il y a quinze ans, il eut un procès avec l'entreprise pour laquelle il travaillait à cause de son salaire ; on ne voulait pas lui donner ce qu'on lui avait promis. Au début, le juge ordonna une comparaison, mais G., dans son excitation, fit en sorte que la comparaison n'eût pas lieu en prétendant avoir été poussé au procès par d'autres. A l'excitation, s'associèrent des troubles hystériques, comme des douleurs de tête, crampes aux bras, douleurs à la région cardiaque. Il me raconta que l'excitation devant le Tribunal lui causa comme une sorte d'attaque apoplectique, comme une syncope, qui l'a étourdi et lui enleva toute volonté d'agir. Les juges et les avocats ne l'ont pas traité convenablement ; G. a perdu naturellement le procès et il a dû en assumer les frais. Deux ans plus tard, en travaillant pour une autre entreprise en Italie, pour quelques mots un peu brusques adressés à un camarade, il eut une grande dispute et fit un procès pour calomnie. Devant le juge, ayant été maltraité aussi cette fois, il eut une douleur tellement forte au cerveau qu'il croyait d'éclater ; il tremblait et ne pouvait presque plus se tenir debout. Il me raconta avoir dû payer les frais du procès, mais il est persuadé qu'il doit exister un complot des juges contre lui ; les juges doivent sûrement avoir une société secrète qui les informe de tout ce qui se passe dans les différents pays, autrement il ne pourrait s'expliquer ce fait.

Depuis qu'il est aux C. F. F., il eut souvent des conflits avec ses supérieurs et ses subordonnés. Depuis des années, il se voit entouré par des ennemis ; il prétend être sujet à des évènements aussitôt qu'il se voit obligé de traiter avec ses ennemis. Actuellement, il ressent de fortes douleurs de tête, il a continuellement une grande chaleur à la tête, il n'a pas d'appétit et il se sent toujours plus faible et toujours plus excité. Nerveux depuis son enfance, son nervosisme a augmenté depuis qu'il eut les premières contrariétés, depuis qu'on n'a pas voulu reconnaître son droit. Pour la moindre des choses, il s'excite et tremble de tout le corps et surtout des mains. Il a eu aussi des divergences avec son supérieur, qui ne le traite pas comme il convient à son grade et depuis quelques années, il est continuellement en litige avec lui. Pour tout l'or du monde il ne pourra pas se décider de reprendre le travail avec lui ; au contraire, il est décidé d'obtenir satisfaction de certaines expressions qui lui ont été adressées. A chaque instant, il me dit que s'il doit causer avec quelqu'un de ses misères, il doit trembler d'excitation. L'examen par nous de G. fut désiré par le Service, étant donné que G., de retour d'une cure à Baden, prétendait ne pas pouvoir reprendre ses occupations.

Status : Personne de grande taille, bien nourri, bien musclé. Couleur du visage rouge, squelette régulier, tenue droite. Mouvements possibles dans toutes les directions ; pupilles rondes, réagissant promptement ; bouche en bon état, langue humide, non saburrale et sans tremblements. Organes internes sains, extrémités sans altérations ; seulement à l'articulation de l'épaule gauche on perçoit un léger craquement.

L'examen du système nerveux nous dénote les réflexes patellaires affaiblis bilatéralement ; pas de Babinski, pas de Romberg, pas de trépidation épileptoïde ; pas de troubles trophiques ; sensibilité normale, motricité également. Ce qui m'a frappé déjà dès le début de l'examen, c'est un tremblement fibrillaire presque continu des deux mains, surtout des doigts écartés et même des pieds. De temps en temps, l'on constate aussi des tremblements fibrillaires de la musculature de la face. Le dermatographisme est très prononcé. La coordination et la démarche sont normales. Au point de vue psychique, G. est calme, orienté, a bonne mémoire et répond très bien à toutes mes questions ; il sait calculer avec une très grande facilité et répond exactement à toute combinaison possible de jugement. Il raconte avec calme et sans passion ses affaires de procès, ses conflits. Il me dit enfin que s'il lui est arrivé de menacer quelqu'un ce fut pour avoir raison, sans aucune mauvaise intention. Il a agité bien souvent sous le coup de l'excitation, et aussi sous l'influence de troubles nerveux ; aujourd'hui, il se sent bien, il a même confiance dans la justice et pourrait se présenter devant les juges sans avoir des palpitations de cœur. *Status organique* normal, excepté l'action cardiaque accélérée, probablement due à son état nerveux. Signes de rhumatisme articulaire à l'épaule gauche. Apte totalement au travail.

Observation N° 6 : A. L., 1877, ouvrier de manœuvre. Père vivant, 84 ans, en bonne santé ; mère aussi vivante, 69 ans, saine. Du côté du père sont mortes trois sœurs de maladie inconnue ; un frère de la mère est mort à 67 ans, il était atteint de maladie mentale. A. L. a un frère vivant et trois sœurs, en bonne santé ; un frère est mort de pneumonie, une sœur de suites de couche et une autre de méningite. Marié, sans enfants. N'a pas eu de maladies d'enfance ; apte au service militaire, eut de grandes difficultés surtout dans la marche, à cause du goitre, pour lequel il fut enfin réformé. A 20 ans, arthrite généralisée. N'a pas eu

la grippe. Forte contusion à l'épaule gauche en 1915 et contusion à la région frontale en 1921. Maladie actuelle date depuis deux ans : fourmillement à la jambe et à la main gauche, avec diminution de force, faiblesse, inquiétude et insomnies.

L'examen par nous avait pour but de voir si la mise à la retraite était justifiée, ou si la reprise du travail était encore possible. A. ayant refusé de reprendre son occupation, comme nous l'avions proposé. A. avait déjà été examiné par le médecin attitré, par le Dr R. et par un neurologue, le Dr S. Aussitôt après m'avoir salué, il me raconte qu'il ne pouvait plus travailler ni dormir, à cause du découragement, à la suite des injustices dont il est continuellement la victime. Il tremble, il se sent inquiet et il me demande de lui venir en aide. Il fut en traitement chez plusieurs médecins, même à l'hôpital, chez des spécialistes, pour faiblesse de mémoire, tremblement, excitabilité. Il est méfiant, peureux. Déjà étant enfant, il eut souvent des crampes et des évanouissements en allant à l'école, sans avoir été précédemment malade. Étant jeune, il eut déjà de la tendance à la querulence avec tout le monde, selon lui, à cause de son système nerveux excité. Il me raconte des idées fantastiques qu'il eut étant encore jeune. Il me dit qu'il a toujours été un adversaire du service militaire et cela pour des raisons religieuses. Au service militaire, n'étant pas aussi robuste que les autres, et n'ayant pas la force des autres, il fut qualifié de paresseux et maltraité. Ayant réclamé à plusieurs reprises auprès de supérieurs, on lui donnait toujours la même sorte de réponse qu'il était un querulent et qu'il aimait à se plaindre pour la moindre des choses.

L'ayant questionné sur ses rapports avec ses camarades, il me répond qu'il ne s'entendait avec personne, parce qu'on ne le comprenait pas ou on ne voulait pas le comprendre. Il a souvent des chicanes avec son frère pour la moindre des choses, il s'est déjà adressé à plusieurs reprises au président de la Commune, mais même celui-ci ne veut pas le comprendre ; un jour il l'a même menacé de lui montrer la porte s'il l'ennuyait encore avec ses querelles continuelles.

Status : Homme de taille moyenne, d'un poids de 70 kg. : squelette régulier ; il apparaît plutôt amaigri ; la musculature du visage à gauche est légèrement atrophiée, de sorte que la figure est asymétrique. Température normale ; respiration non accélérée ; peau humide, muqueuses roses. La pression sur les nerfs crâniens n'est pas douloureuse ; pupilles rondes, égales, réagissant à la lumière et à l'accommodation ; légère teinte sub-ictérique aux conjonctives bulbaires. Pas de tremblement des paupières. Au cou : goitre diffus, ne gênant pas la respiration. Poumons, cœur, abdomen, rien de spécial, ainsi des extrémités inférieures. Aux extrémités supérieures, atrophie musculaire à la région deltoïdienne gauche ; la musculature du bras et de l'avant-bras gauche est moins résistante qu'à droite ; les mouvements de l'épaule sont limités ; il y a craquement articulaire évident. Réflexes abdominaux et crémasteriens normaux. Réflexe patellaire normal à droite, aboli à gauche. Coordination bonne. Romberg, Babinski, clonus du pied, dermatographie négatifs. Tremblement fibrillaire des doigts écartés. Sensibilité superficielle et profonde non altérée. A. est orienté dans le temps, le lieu et sur toutes les circonstances de sa vie ; bonne mémoire : il répond avec calme et sans affectation à toutes les questions. Il change souvent d'humeur suivant l'objet de la conversation ; par moments, il gesticule et il crie fort ; s'il est tranquille, il cause lentement et avec des phrases très courtes ; en parlant de ses ennemis qui ne le comprennent pas, son frère y compris, il s'excite et les mots se suivent sans cesse avec de grands gestes. Il me raconte avoir été non seulement chez le président de la commune, mais même chez le directeur de la police cantonale, chez ses chefs, mais tous l'ont renvoyé. Ce sont tous ses ennemis qui ne veulent pas le comprendre. Il me dit ne pas pouvoir travailler et il prétend que je lui donne un certificat prouvant qu'il est malade et nerveux et qu'il lui est impossible de retourner à son poste. Avec un ton solennel et élevant les deux mains, il me dit à haute voix : « Je me remets au jugement de celui qui doit agir sans parti pris ; ou est-ce que le Service médical est là pour renvoyer les gens et obliger les employés malades au travail ? Pour moi, c'est la vie ou la mort ; je dois combattre contre l'injustice ». Puis, en se tournant de l'autre côté, il dit : « si on ne veut pas m'écouter et me croire, je poursuivrai la chose tout seul : je porterai mes plaintes dans les journaux ; je ne m'attends pas, Messieurs, à ce que vous m'aidiez, mais je ne tolérerai pas qu'on me néglige d'une telle façon ». J'ai tâché de le persuader, qu'on voulait bien le croire, qu'il n'avait qu'à être tranquille, mais il revenait toujours à son droit. Tout le monde travaille contre lui et c'est pour cela qu'il s'énerve et qu'il est obligé d'entrer en lutte avec tous. « Je ne suis pas encore au clair de ce que je dois faire, je ne suis plus maître de moi, je demande simplement un certificat d'incapacité totale de travail. C'est vous qui devez le faire. » J'ai de nouveau essayé de le persuader que j'examinerais cette question qu'il se tranquillise. Mais il se met en colère ; il se tourne, gesticule et crie : « Je demande ma retraite, c'est mon droit ». A. a été mis à la retraite. Je l'ai revu après : il est plus tranquille ; il fait quelques légers travaux à la campagne, mais de temps en temps, il a le même système querulent avec son frère, avec le président de la commune.

Observations N° 7 : P. M., 1896. Commis. Provient d'une famille saine. Père mort à 72 ans de maladie de cœur ; mère vivante, 66 ans, saine. Ses cinq frères et sœurs sont en bonne santé. Pas de maladie d'enfance ; apte au service militaire ; a même fait tout le service de mobilisation sans avoir été à l'infirmerie. Toujours en bonne santé jusqu'à la grippe en 1918. Depuis, dépression et faiblesse dans les jambes. Diagnostic : maladie nerveuse à la suite de la grippe. Ayant été examiné par plusieurs médecins, lui-même a demandé un

examen par nous, à cause d'un léger tremblement des jambes. Il raconte avoir toujours été excitable depuis son enfance, ambitieux mais entreprenant et bon travailleur. Avec sa bonne intelligence, l'amour du travail et le désir d'avancer, il avait donné de bonnes prestations. Mais déjà très tôt, à cause de son tempérament nerveux, de son sentiment de supériorité, l'entra dans une série de conflits. Il eut des querelles avec ses camarades, avec ses chefs et ses parents, avec la Commune ; on l'a même renvoyé et menacé s'il ne voulait pas cesser son système de querulence. Dans le service il eut des réprimandes et des amendes. Lui, il écrivait à tout le monde des lettres impertinentes, en manifestant ses protestations et en déclarant qu'on ne voulait pas l'écouter, parce qu'il avait raison ; c'est sa raison qui blesse l'amour-propre des autres, c'est pourquoi on ne voulait rien savoir de lui. Ses camarades et ses parents se plaignaient de sa manie de querulence. Déjà très tôt, jouèrent un rôle important des réactions hystéroides et des troubles nerveux variés. En 1921, il fut atteint d'une forme fruste de Parkinsonisme postencéphalitique. Travail possible seulement dans le service intérieur. En 1923, on l'avait considéré totalement apte au travail. De l'anamnèse, du dossier résulte que P. a été atteint en 1920 d'une maladie infectieuse, avec prédominance de symptômes nerveux, très probablement d'encéphalite léthargique. Les symptômes résiduels, à l'époque de l'examen, étaient si peu marqués qu'on pouvait les considérer comme sans importance et P. apte à continuer son service.

P. était un jeune homme en bon état de nutrition, dont l'examen du système nerveux ne présentait aucun symptôme spécial, en dehors d'une rigidité moyenne de la musculature de la face. Dans mes conclusions je disais que P. présentait des résidus d'une forme encéphalitique, mais que l'évolution favorable du cas permettait d'espérer la guérison. Si ce n'était pas le cas, on devrait le transférer dans une clinique pour maladies nerveuses, aux fins d'un traitement approprié. Le cas eut d'abord une évolution favorable et resta stationnaire. P. fut ensuite traité pour quelque temps à la clinique de Z., mais sans pouvoir constater d'amélioration. Etant toujours hors service, il fallut le pensionner. Ce fut alors que sa manie de querulence et de litige s'accroît. Il s'adressa à nous, à ses parents, à ses supérieurs, à tous ceux qu'il connaissait en écrivant des lettres de protestation ; il écrivit des articles menaçants dans les journaux. A tout le monde il disait que sa retraite était injuste et contraire à la loi ; ce n'était le résultat que de la méchanceté de ses adversaires ; il émettait la prétention d'exiger des dommages-intérêts.

Il s'adressa même au gouvernement. Ses supérieurs ne sont pas à leur place, n'étant pas des chefs sans parti pris ; ce sont des adversaires de la loyauté et par conséquent ses ennemis. Il menaça les médecins de les dénoncer pour fausse expertise. Ayant été cité devant le juge pour ses médisances, il s'excusa, disant qu'il reconnaissait avoir été trop loin avec ses lettres et ses accusations, mais que les médecins l'avaient traité horriblement.

Actuellement, il est plus tranquille, mais de temps en temps, il revient avec sa querulence et moleste à ce propos les autorités, par ses lettres continuelles, en revenant toujours sur les mêmes choses.

III DISCUSSION

Dans le premier cas, nous avons un type spécial de quérulence ; G. a un tempérament hypomaniaque, avec haute idée de soi-même, manie d'écrire et de parler. Il y a des troubles hystériques sans qu'on puisse reconnaître une tendance maniaque vraie ou dépressive. Chez lui frappe sa fantaisie exaltée avec un certain besoin de paraître et la prétention d'avoir raison. Son intelligence est assez bonne, son jugement souvent confus et sa logique faible. Son mauvais caractère lui procura de mauvaises conditions et relations de famille. Ses supérieurs ne le considèrent pas comme tout à fait normal, sans avoir pensé toutefois à un trouble mental ; on le considérait comme un individu qui voulait aller trop haut et qui se taxait plus que sa valeur. Dans de tels cas il existe à l'origine une disposition particulière qui caractérise le psychopathe surexcitable et fantasque. Les conflits avec le monde extérieur provoquent comme réaction des périodes de délire de quérulence. Le père étant un alcoolique, il y a sûrement une prédisposition psychopathique.

Dans le deuxième cas, on pourrait presque penser à un accès de manie, étant donné l'évolution rapide de la quérulence malade de caractère systématisé. Mais l'observation n'a rien démontré de manie, ni tendance aux gesticulations, ni loquacité, si l'on excepte la discussion de ses procès, ni tendance à écrire. Sommeil et appétit très bons. M. était un homme très actif, entreprenant, ambitieux et facilement blessé moralement. Il eut dans ses plans d'affaires une grande désillusion par la perte d'un héritage et les réponses de la compagnie d'assurance. Dans son empressement à conquérir ses droits, sans le vouloir et sans s'en apercevoir, il eut des difficultés successives ; il blessa gens privés et autorités et se vit entouré d'accusations dont il ne savait se justifier et dont il ne pouvait pas comprendre la raison. Il a perdu ainsi le sentiment de la réalité, du possible et du probable ; dans sa fantaisie il ne voyait que des persécutions et des intrigues dirigées contre lui. Aussi dans ce cas il y a une prédisposition à la quérulence.

La tare héréditaire et la prédisposition psychopathique ressortent aussi avec évidence dans le troisième cas. M. déjà très jeune eut des conflits occasionnés par sa méfiance, son excitabilité et sa prétention d'avoir toujours raison en tout. Pour son droit, il combat avec entêtement, coûte que coûte. Partout il se croyait et se voyait traité injustement. Plus d'une fois, il déclara qu'il ne considérait aussi comme un de ses adversaires, parce que je ne pouvais pas lui venir en aide comme il l'entendait. Ce qui lui causa le plus de difficultés avec les autorités, ce fut le fait de ne pas savoir se maîtriser. Si quelqu'un lui répondait un peu brusquement, il y voyait un acte d'inimitié et il prétendait qu'on l'avait fait exprès. D'un tel sentiment se développa la tendance à la quérulence. Il gesticule, parle, écrit. Il dit du mal de tous dans son excitation. Il a des accès de rage. L'alcoolisme a naturellement aussi sa part dans cet état. M. veut à tout moment pouvoir réussir à tout prix dans son projet et ce

sans aucun compromis. A ce qu'il croit son droit, il ne cède pas pour tout l'or du monde. Toute douceur est considérée comme faiblesse. C'est un fantasque qui souvent se contente de phrases ; mais autrement, il sait très bien défendre son intérêt.

La difficulté d'apprendre, sa tendance à ne pas se soumettre aux autres doivent être considérées comme des symptômes de débilité morale.

Le quatrième cas montre un contraste évident entre la manière d'écrire et de parler de B. et sa tenue modeste. Son affectionnement ressort plus des craintes hypochondriques à l'égard des maladies qu'à des tendances agressives. Il est très méfiant et de ses lettres ressort sa propension à la querulence. C'est un homme diminué psychiquement avec tendance à la querulence ; ce n'est pas un tempérament maniaque, mais un caractère sensible, excitable, méfiant. Ont une certaine importance sa fantaisie vive et ses symptômes nerveux et hystériques. L'anamnèse ne révèle aucune tare héréditaire ; mais nous savons qu'il a toujours été faible, peureux, tremblant, par conséquent une certaine prédisposition existe bien qu'on ne puisse pas en retrouver les origines.

G., du cinquième cas, est un peureux, mais intelligent, avec tendance à l'hypocondrie et aux réactions hystériques. Son intérêt principal est l'argent. En général c'était le courage personnel qui lui manquait ; il avait une grande aversion envers le palais de justice et il ne pouvait pas y aller sans avoir des palpitations de cœur. La confrontation qu'on voulait avoir lui a été une véritable défaite douloureuse qu'il ne peut pas oublier. Et puis, après avoir réfléchi il est persuadé qu'il ne devait pas l'accepter, parce qu'il était dans son droit. Sa colère contre l'avocat adverse et les juges, contre soi-même, la rage et la douleur des pertes pécuniaires provoquèrent un de ces troubles hystériques. Le coup apoplectique c'était ce qui devait le sauver : selon lui il était déjà évanoui dans la salle du tribunal et il n'a pas même pu suivre les débats. C'est pour cela que la comparaison n'avait pas raison d'avoir lieu. Enfin, après avoir eu tort il se plia à la réalité, renonça à sa fantaisie et retrouva le chemin de la réalité. G. n'eut pas la véritable joie de combat du maniaque, ce fut le contraste avec quelques difficultés de la vie qui, étant donné sa prédisposition psychopathique, excitable, méfiante, le porta à la querulence.

Le sixième cas est un taré héréditairement. Ce n'est pas un individu tout à fait asocial, mais avec sa fantaisie, avec son manque de maîtrise de soi et son sentiment d'avoir toujours raison, il se trouva toujours mal dans la société et eut souvent des conflits. Lui aussi il eut de forts symptômes hystériques. Ce n'était pas un maniaque. Quand il était tranquille, il était plutôt réservé et méfiant. Un seul mot pouvait l'influencer énormément. Ce qui est le plus important dans tout ce tableau, c'est son sentiment de droit qui le poussait à considérer toute opinion contraire non seulement comme fausse, mais comme directement hostile. Il avait toujours raison, même si en réalité c'était vraiment le contraire. Selon l'anamnèse il s'agit d'un psychopathe prédisposé à la querulence, qui de toute situation incommode réagissait par une excitation. Il est certain que A. aura toujours dans sa vie des conflits et à tout moment il sera disposé à queruler. Ce n'est pas non plus un maniaque ; il est trop lourd et au repos trop réservé, sans minique.

Dans le cas sept, mes observations ne ressortent pas toutes de l'examen que j'avais fait, mais du dossier du cas, des conflits que P. a eus, des rapports médicaux des spécialistes, même après mon examen. Il résulte très clairement qu'un processus maladif dans le sens d'une psychose n'existe pas chez lui mais c'est la personnalité psychopathique qui ne peut pas éviter des conflits avec le monde et qui réagit d'une façon inadéquate, basée sur sa prédisposition. L'anamnèse nous dit qu'il n'y a rien héréditairement, mais nous savons que P. était excitable et nerveux dès son enfance. Il y a sûrement prédispo-

sition psychopathique. Le combat contre le pensionnement forcé est sans limites. Il perd totalement le terrain de la réalité, il parle de complots, de falsification d'actes, violation du secret médical. Il y a vraiment un délire au début. Enfin, il se tranquillise et se corrige, il retire même ses affirmations. D'une manie il n'y a pas de phases.

La question qui concerne le délire de quérulence a certainement une grande importance au point de vue social, bien plus même qu'il n'apparaît au premier abord. C'est une question très importante pour le médecin expert qui doit donner son opinion et dont les conclusions sont déterminantes pour l'avenir d'une personne ou d'une famille entière. Le juge, le tribunal, sont quelquefois bien embarrassés vis-à-vis d'un psychopathe quérulent. Selon le terme de leur jugement, c'est le bonheur ou le malheur d'une famille. Il est souvent imprudent de vouloir affirmer trop vite l'existence d'une maladie mentale, et, surtout, de l'irresponsabilité. Il arrive que, même dans les cas de quérulence prononcée, il ne s'agit que de réactions passionnées transitoires sur le terrain d'une prédisposition psychopathique et non pas d'une véritable maladie mentale chronique. La base de toutes les législations est que l'homme est obligé de répondre des infractions qu'il commet, à moins qu'il ne jouisse pas de l'intégrité de ses facultés intellectuelles. Toute la question de la responsabilité se ramène à un diagnostic médical. Le code pénal oppose à la responsabilité des hommes sains d'esprit, l'irresponsabilité des aliénés, mais, entre l'intégrité des facultés intellectuelles et la maladie mentale bien caractérisée, il y a des degrés, comme, à côté de l'imbécillité, on observe tous des degrés de la débilité mentale. Il est donc de toute logique d'admettre aussi des degrés entre la responsabilité complète et l'irresponsabilité absolue.

De même dans les accidents du travail, la loi admet que la maladie cérébrale ou la psycho-névrose, résultant de l'accident, peut entraîner tantôt une incapacité de travail absolue, tantôt une incapacité partielle et dans ce dernier cas, l'autorité judiciaire demande même au médecin-expert d'exprimer en chiffres le quantum de la diminution de la capacité ouvrière. C'est pour cela qu'il est tout particulièrement indiqué de juger chaque cas pour lui, selon sa nature et ses particularités.

Si l'on admet seulement une diminution de responsabilité, cela offre souvent la possibilité d'infliger au quérulent psychopathique une punition modérée ; même seulement un avertissement peut le rappeler à la raison et aux conséquences de ses actions. Si au contraire, l'on constate que la réaction pathologique croît toujours et que la fantaisie malade se développe, alors seulement le diagnostic est certain et l'on peut en tirer toutes les conséquences en admettant irresponsabilité, soit pour ce qui concerne la tutelle, que l'internement. Quand le quérulent soumis à l'examen mental n'était pas en état de démence, au moment où il a accompli l'acte qui lui est reproché, il doit être déclaré responsable. Dans le cas contraire, il doit être déclaré irresponsable ou atteint de responsabilité partielle, suivant le cas. Si, sans être atteint d'une maladie mentale bien définie, il présente des anomalies psychiques, débilité, quérulence, déséquilibre, il y a lieu de déclarer que sa responsabilité est atténuée. L'intensité et la tenacité de la quérulence est extraordinairement différente non seulement d'après le tableau clinique, mais aussi et surtout selon la qualité et la disposition spéciale du caractère. Et cela a une grande importance pour ses conséquences pratiques parce que souvent le trouble mental du quérulent n'est que de nature passagère.

Il faut bien se garder d'établir trop vite un diagnostic de maladie mentale quelconque, parce qu'un rapport faux de ce genre peut avoir les plus tristes conséquences. Si, dans une expertise, l'on établit trop vite qu'il s'agit d'une folie inguérissable progressive et qu'une évolution ultérieure démontre que ce

n'est qu'un épisode passager, l'opinion publique en est troublée à raison surtout s'il arrive de voir dans les journaux qu'un tel a été déclaré fou et néanmoins exerce son métier ou sa profession comme le plus normal des hommes.

Un deuxième point qu'il ne faut pas oublier dans les expertises, comme nous le dit Raecke, c'est le *Nihil nocere*. L'expertise doit être bienveillante mais non dans le sens de taire des symptômes et d'arriver à une conclusion voilée par une toute autre tournure. On peut dire ce qui est désagréable en s'exprimant en termes précis : il faut toujours penser que l'intéressé peut lire l'expertise et que son excitation psychopathique peut être blessée par certaines expressions. Schultze par exemple désirait que les dénominations de quérulent et délire de quérulence qui prêtent facilement à confusion disparaissent de la nomenclature de la psychiatrie. Cela n'est naturellement pas possible car, comme le disent Raecke et Hoche, une telle notion est trop connue aux médecins et aux juristes, car elle dénote un symptôme important pratiquement. Mais tout en maintenant cette dénomination dans l'usage pratique médico-légal, on peut suivre le conseil de Schultze de l'éviter dans les rapports.

Chez nos malades, loin d'avoir affaire à des cas graves, classiques de quérulence, du ressort du Tribunal ou de l'asile, nous avons au contraire des cas légers qui, par un changement d'atmosphère, de lieu ou d'occupation s'améliorent rapidement. Il est certain qu'à côté de la prédisposition psychopathique, les excitations nuisibles du monde extérieur jouent un rôle prépondérant dans la production de la quérulence. C'est là un fait qu'il faut prendre en considération quand on juge de ces cas.

La psychiatrie moderne considère la traduction d'idées prévalentes et délirantes plus un développement psychologique que moral, qui se produit par l'excitation du monde extérieur sur une prédisposition congénitale anormale. Selon BONHOEFFER, on peut supposer que la cause soit une disharmonie dans la dynamique de l'âme de plusieurs psychopathes qui ne peuvent pas se dominer. Par ce fait, à l'occasion, ils se forment les idées de prévalence et, la passion augmentant, il y a illusion. Plus est marquée la prédisposition congénitale, moins il faut d'excitations pour produire des réactions fortes et durables : plus au contraire est faible la prédisposition, plus il faut d'excitations fortes du monde extérieur, pour produire le même événement. On réagit en somme avec le cerveau qu'on a, et l'on peut bien dire que l'hérédité cérébropathique domine. Il est clair que si certaines énergies toxiques suffisent apparemment à déterminer un délire, dans la plupart des cas, un cerveau ne délire que quand pèsent sur lui certaines prédispositions. Parmi nombre d'ouvriers exposés aux mêmes vapeurs de sulfure de carbone, ou contractant la fièvre typhoïde, les uns délireront tout de suite et gravement, les autres resteront indemnes.

On peut se demander : où se trouve la limite psychopathique dans la vraie maladie mentale ? Le passage entre les idées prévalentes encore saines et les idées psychopathiques, entre celles-ci et les idées délirantes est insensible. Cependant, pour des motifs pratiques il faut établir une limite, qui, habituellement, est placée dans le fait que le malade ne corrige pas ses idées et n'en voit pas l'absurdité. Cela peut être utile quand il s'agit de séparer les idées saines des idées franchement pathologiques. Mais cela n'est pas facile, quand il s'agit de décider si les expressions d'une réaction passionnée psychopathique caractérisent pratiquement l'existence d'une maladie mentale. C'est la manière de se conduire, le comportement durant une période prolongée, qui doit être pris en considération. Celui qui a lu de nombreux rapports concernant des quérulents sait par expérience à quels résultats différents peuvent arriver dans le même cas, divers observateurs.

Il est moins important de savoir pourquoi quelqu'un quérule, que de voir

manière et la mesure de la quérulence. SIEMERLING a relevé qu'au courant de la quérulence malative, c'est surtout la disproportion entre la réalité et ses conclusions du quérulant qui devient toujours plus grande et saute aux yeux. Il prend la comparaison du caillou jeté dans l'eau qui forme des cercles toujours plus grands. KRETSCHMER va encore plus loin et dit qu'un petit caillou tombé dans l'eau forme des cercles toujours plus grands, le prochain plus grand que celui qui précède, avec une régularité mécanique. Chez le quérulant, une fois que la réaction s'est allumée, le malade n'a plus de repos, il doit tout mettre en mouvement autour de lui : presque forcément des cercles toujours plus grands, jusqu'à ce que tout est détruit. Plus la prédisposition est grande, plus le malade perd la notion de la réalité et plus il est pris par sa fantaisie limitée pour les médisances et les diffamations les plus vulgaires.

Une particularité caractéristique du délire de quérulence est que chaque agissement, chaque décision prise, incite le malade à de nouvelles attaques. Le quérulent manque de la compréhension que ses plaintes non fondées lui font du tort, il ne distingue pas le fait principal du fait accessoire ; une adresse exacte, une date erronée, suffisent à l'exciter ; s'il comprend qu'il se contredit, il devient plus enragé encore ; il se considère comme la victime d'une conspiration ; celui qui lui fait une observation est son ennemi. E. MAYER a publié un cas d'une quérulente qui fut tellement influencée par les idées délirantes de son mari, qu'elle combattait avec ses adversaires avec beaucoup plus d'énergie que lui. Moi-même, j'ai pu observer un tel exemple. M. X. et sa femme se présentent dans mon bureau pour l'examen du mari, en vue de sa mise à la retraite. Au cours de la conversation, j'ai constaté que tous les deux étaient pris d'un délire de quérulence, systématisé contre le chef direct du mari. Je les ai entendus séparément ; le véritable malade était le mari, mais il avait influencé sa femme de sorte qu'elle avait exactement les mêmes idées que lui. Chez la femme, c'était une simple réaction hystérique ? On trouve en effet souvent des réactions hystériques dans le délire de quérulence. Déjà THOMSEN, HEILBRONNER, WILLMANN, RÉGIS et autres, dans la littérature psychiatrique ont fait remarquer la relation entre l'hystérie et le délire de quérulence. Ce qu'il importe de savoir, c'est que les quérulents, par leur manque de savoir se maîtriser, deviennent des hommes sociaux. Chez nous il y a une sorte d'incapacité à s'adapter à la vie sociale, la seule qui rend possible le maintien de l'ordre social. E. MEYER a rendu encore attentif au fait que le quérulent ne voit que son intérêt personnel et que les intérêts des autres n'entrent même pas en considération.

KRETSCHMER admet que le quérulent est un individu insuffisamment réparé au combat pour l'existence.

IV CONCLUSION

1. De ce qui précède, il ressort un fait très important et c'est justement ce qu'on voulait démontrer, savoir qu'il y a une distinction à établir nette entre : *quérulence pure* et *quérulence symptomatique*. Nos sept cas cités (et d'autres encore observés et qui n'ont pas été décrits pour ne pas allonger inutilement notre exposition) appartiennent au groupe des cas de quérulence pure. Dans ces cas il y a sûrement une prédisposition familiale psychopathique, qui, à l'occasion et sous l'influence d'excitation spéciale du monde extérieur, induit à la quérulence. Cette quérulence n'est pas grave et n'est pas nécessairement la résultante d'une maladie mentale. Les intéressés sont parfaitement capables de produire un travail rentable, de se vouer à leurs devoirs de famille et même d'occuper des postes avec responsabilité. Il n'y a pas chez eux d'altération psychique proprement dite ; ils n'ont que des idées restreintes caractéristiques qui n'aboutissent pas toujours à un délire. C'est une réaction passionnelle produite chez les prédisposés psychopathiquement par des excitations extérieures.

La quérulence symptomatique au contraire est un symptôme connu qui se manifeste au cours des troubles mentaux les plus divers.

2. La quérulence pure est moins grave que la symptomatique, elle est susceptible d'amélioration et même de guérison ; par contre, la quérulence symptomatique qui est déterminée par une maladie mentale chronique préexistante est incurable. Dans la quérulence pure un changement de place, de travail, de milieu ou de chef suffit souvent pour que l'excitation, qui a induit à quéruler disparaisse et pour que l'intéressé redevienne tout à fait normal jusqu'à ce qu'une nouvelle poussée surgisse, grâce au fait de sa prédisposition psychopathique.

3. Dans un cas de quérulence, il faut bien se garder d'établir trop vite le diagnostic de trouble mental, d'admettre l'incurabilité ou de faire prendre envers quelqu'un des mesures trop sévères — tutelle ou internement — car un jugement faux peut avoir les conséquences les plus funestes, pour l'intéressé comme pour l'expert, sans parler du bouleversement de l'opinion publique. Dans une expertise de quérulence, il est indiqué de s'exprimer avec ménagement et de bien peser les termes employés.

4. Il y a des cas, même de quérulence pure, pour lesquels il faut certainement admettre l'irresponsabilité durable, mais il y en a aussi d'autres où l'irresponsabilité ne peut pas être admise. La constatation d'une anomalie ne peut pas, dans tous les cas, atteindre la responsabilité pénale, car on trouverait alors dans la cause psychologique même de tout crime une raison d'excuser au moins partiellement celui-ci, ce qui serait absurde. En cas d'anomalie minima, de déséquilibre, de perversité, de quérulence de degré léger, il y a lieu, tout en la mentionnant, pour être complet, de la négliger dans la conclusion

de l'expertise et de répondre aux juges : « Malgré un certain degré de déséquilibre, de quérulence, l'inculpé est entièrement responsable de l'acte qui lui est reproché ». Le médecin expert doit considérer les tendances légères à la quérulence comme une manière d'être spéciale de l'individu, ne devant être retenue qu'à titre de simple curiosité psychologique, mais n'entraînant pas la responsabilité pénale. Le jugement de l'expert doit souvent être différent pour le même cas à des époques différentes.

Le médecin expert, s'il veut éclairer la justice, doit se mettre à sa portée ; doit éviter une formule vague, comme celle de la responsabilité atténuée, qui ne résout rien, et tout en n'omettant, dans son rapport, aucune constatation, il conclura clairement soit vers la responsabilité, soit vers l'irresponsabilité. Si les juges veulent considérer dans un cas la quérulence comme une circonstance atténuante, ce sera leur affaire.

5. Il est important pour le médecin comme pour le juge qui doivent donner leur avis, pour les Administrations comme pour les Assurances qui doivent en tirer les conséquences pour la liquidation d'un cas donné, de savoir que la quérulence est sans conteste, le produit d'une prédisposition psychopathique, mais pas nécessairement la résultante d'une maladie mentale.

BIBLIOGRAPHIE

- EULER : *Affektivität, Suggestibilität, Paranoia*. Halle 1906. — *Lehrbuch der Psychiatrie*. Berlin 1920.
- ITZIG : *Ueber den Querulantenwahn*. Leipzig 1895.
- EILBRONNER : *Hysterie und Querulantenwahn*. Zentralblatt für Nervenheilkunde 1907, S. 769.
- ONHOEFFER : *Beiträge zur Lehre von den degenerativen Psychosen*. Halle 1907. — *Wieweit kommen psychogene Krankheitszustände und Krankheitsprozesse vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind?* Zeitschrift für Psychiatr. 68 S. 371.
- ANZI E RIVA : *La paranoia Riv. spec. di Fir.*
- ORSELLI E BUCCOLA : *Contributo clinico alla dottrina della pazzia sistematizzata primitiva*. R. di Torino. Vol. 31, 1883.
- MADEI E TONNINI : *La paranoia e le sue forme*. Arch. p. mal. nerv. An. 20. Fasc. 6, 1884.
- ENIL-PERRIN : *Les paranoïaques*. Paris 1926.
- ERGENT, RIBADEAUX, DUMAS, BARONNEIX : *Psychiatrie*. Paris 1921. Tome I, art. de MIGNARD, *Les délires*, etc. P. 221 et suivantes.
- AGNEL, LAVASTINE, BARBE et DELMAS : *La pratique psychiatrique*, Paris 1919.
- ÉRIEUX et CAPGRAS : *Diagnostic du délire d'interprétation*. Revue de Psychiatrie. 1. I. 1908. — *Délire d'interprétation et délire de revendication*. J. de Psych. 3. V. et VI. 1910. — *Les folies raisonnantes*. 1 vol. Alcan. 1909. — *Le délire chronique (à évolution systématique)*. Gand 1891.
- AIER H. W. : *Ueber kata. Wahn. u. Paranoia*. Z. f. d. g. N. und P. XIII. 5. 1912.
- RUEGER : *Die Paranoia*. Berlin 1917.
- ERNER : *Die Paranoia*. Stuttgart 1819.
- RIEDMANN : *Ueber d. Wahn*. Wiesbaden 1894.
- KIERLO : *Ueber period. Paranoia*. Königsberg 1900.
- ANDBERG : *Beit. z. Charakter d. Wahnideen d. ch. Verr.* Breslau 1887.
- RAEPELIN : *Psychiatrie*. Leipzig (Verschiedene Auflagen). — *Die Abgrenzung der Paranoia*. Zeitschr. f. Psychiatr. 50, S. 1080. — *Ueber paranoide Erkrankungen*. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. II, S. 617.
- ERNICKE : *Zur klinischen Abgrenzung des Querulantenwahnsinnes*. Monatschrift f. Psychiatr. 1897 Bd. 2. — *Grundriss der Psychiatrie*. Leipzig 1900.
- EMERLING : *Querulantenwahnsinn*. Schmidtman's Handb. d. gerichtl. Medizin, Bd. 3, Berlin 1906.
- CHUELE : *Klinische Psychiatrie*. Leipzig 1886. — *Bemerkungen zum Hegelmaierprozess*. Württemberg. Corr. Bl. 64.
- AECKE, *Einiges über Querulantenwahn*. Arch. f. Psych. 73, S. 186.
- UDIN : *Ueber die klinischen Formen der Seelenstörungen bei zu lebenslänglicher Zuchthausstrafe Verurteilten*. 1909. Habil. Schrift.
- UMKE : *Psychologische Vorlesungen*. Wiesbaden 1919. — *Lehrbuch der Geisteskrankheiten*. München 1924.
- OCHE : *Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie*. Berlin 1909.
- IERNIG : *Der Kampf ums Recht*. Wien 1891, 10. Aufl.

- BIRNBAUM : *Die psychopathischen Verbrecher*. Berlin 1914. — *Psychosen mit Wahnbildung und wahnhafte Einbildungen bei Degenerierten*. Halle 1908. — *Pathologische Ueberwältigkeit und Wahnbildung*. Monatsschrift f. Psychiatr. 37, S. 39. — *Zur Paranoiafrage*. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. 29, S. 305.
- NEISSER : *Paranoia und Schwachsinn*. Zeitschr. f. Psychiatr. 1897, S. 241.
- LEPPMANN : *Querulantenwahn und Zwangsvorstellungen*. Aertzl. Sachverst. Ztg. 1903, S. 28.
- KRETSCHMER : *Der sensitive Beziehungswahn*. Berlin 1918. — *Medizinische Psychologie*. Leipzig 1922.
- MEYER E. : *Zur Kenntnis des Querulantenwahns*. Friedr. Bl. f. gerichtl. Med. 1903. *Beitrag zur Kenntnis des induzierten Irreseins und des Querulantenwahns*. 1897, S. 24.
- SCHULTZE, E. : *Bemerkungen zur Paranoiafrage*. Dtsch. med. Wochenschr. 1904, S. 89.
- SPECHT : *Ueber den pathologischen Affekt in der Paranoia*. 1901. Festschr. Erlangen. *Ueber die klinische Kardinalfrage der Paranoia*. Zeitschr. f. Nervenheilk. 1908, S. 81. — *Chronische Manie und Paranoia*, Ibid. 1905, S. 590.
- THOMSEN : *Wahnbildung und Paranoia*. Med. Klin. 1908. Nr. 35.
- WILMANN : *Ueber die Gefängnispsychosen*. Halle 1908. — *Zur klinischen Stellung der Paranoia*. Zentralbl. f. Nervenheilk. 1910. S. 204.
- LIEBMANN : *Ueber eine querulierende Familie*. Zeitschr. f. Psychiatr. 51, S. 950.
-